

个案与短篇

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.2014.01.033

股前外侧皮瓣在口腔颌面部肿瘤术后缺损修复中的应用

陈 丹, 杨 凯, 陈 睿, 张福军, 赵 丹, 张劲松, 李雅冬

(重庆医科大学附属第一医院口腔颌面外科, 重庆 400016)

【中图分类号】R739.8; R782.2

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-11-12

口腔颌面部肿瘤切除术后常会有软组织的缺损,尤其是恶性肿瘤根治术后常会导致较大面积的组织缺损,对患者的容貌、言语及进食等功能造成严重影响,降低其生存质量。所以,同期行皮瓣修复以恢复术区的解剖形态及功能尤为重要。本文对我科 23 例采用股前外侧(anterolateral thigh, ALT)皮瓣同期修复口腔颌面部肿瘤术后缺损的患者进行分析总结,探讨 ALT 皮瓣在口腔颌面部肿瘤切除术后组织缺损修复中的应用价值和经验教训。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2011 年 9 月至 2012 年 10 月期间,本科室共有 23 例采用 ALT 皮瓣同期修复口腔颌面部恶性肿瘤术后缺损的患者。男性 13 例,女性 10 例,年龄 41~73 岁,平均年龄 54.7 岁。TNM 分期在 $T_2N_0M_0$ ~ $T_4N_3M_0$ 之间,其中口咽部鳞癌 7 例(T_2 、 T_3 、 T_4 分别为 1 例、4 例、2 例)、舌鳞癌 7 例(T_2 和 T_3 分别为 3 例和 4 例)、颊癌 6 例(鳞癌 5 例、腺癌 1 例, T_2 、 T_3 、 T_4 分别为 1 例、3 例、2 例)、下牙龈鳞癌 2 例(T_3 和 T_4 各 1 例)、口底鳞癌 1 例(T_3)。所有患者均行原发灶扩大切除加颈淋巴清扫术加 ALT 皮瓣同期修复术,皮瓣最小 6 cm × 4 cm,最大 8 cm × 13 cm。术后病理结果 23 例中有 13 例发生颈淋巴结转移。

1.2 手术方法

先常规行原发灶扩大切除加颈淋巴清扫术,术中保留甲状腺上动脉或(和)面动脉、颈外静脉或颈内静脉。然后根据切除原发灶后的缺损大小制备 ALT 皮瓣,具体如下^[1]:(1)自髂前上棘至髂骨外上缘作一连线,此连线为股直肌与股外侧肌之间的肌间隙的体表投影。再在此线中点内侧 2~2.5 cm 作一长约 8~10 cm 的纵行切口。(2)切开直达阔筋膜深面,向外翻起皮肤筋膜,辨认解剖股直肌与股外侧肌之间的肌间隙,在此间隙内寻找穿支血管(隔皮穿支),如该间隙内无穿支血管,则继续向外侧寻找肌皮穿支。(3)选择适合的穿支血管(直径 ≥ 0.5 mm,有明显搏动感),以肌皮穿出点为中心,根

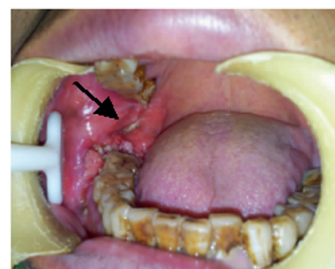
据肿瘤切除后缺损大小进行皮瓣设计,制备的皮瓣大小应适当大于缺损区。(4)最后完成血管蒂的制备(常以旋股外侧动脉降支为蒂部)。在肿瘤原发灶切除后进行皮瓣断蒂,完成显微吻合皮瓣移植修复,一般吻合 1 条动脉和 2 条静脉。大腿供区一般均可直接拉拢缝合,但若皮瓣切取宽度大于 8 cm,需采用皮片覆盖,皮片可就近切取。

1.3 术后处理

术后严密观察皮瓣的色泽、温度、弹性。常规静脉滴注低分子右旋糖苷和复方丹参注射液,必要时静脉推注前列地尔注射液。

2 结 果

23 例 ALT 移植皮瓣成活 22 例,坏死 1 例,成活率为 95.7%。术后皮瓣发生血管危象 2 例,经及时抢救后成活。术后随访 1~12 个月,22 例 ALT 皮瓣成活患者面部外形和功能恢复满意,进食和语言功能基本正常,所有患者大腿供区无明显畸形,下肢运动功能未受明显影响(图 1~4)。



黑色箭头为癌灶

图 1 口咽鳞癌术前口内情况

Fig.1 Preoperative intra-oral appearance of oropharyngeal squamous cell carcinoma



长线为髂髂连线;椭圆形为设计皮瓣

图 2 皮瓣及切口设计

Fig.2 Design of flap and incision

作者介绍:陈 丹, Email: mckitty@163.com,

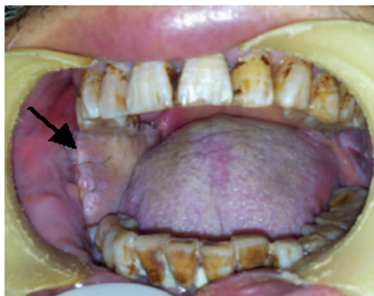
研究方向:口腔颌面-头颈肿瘤临床及相关基础研究。

通信作者:杨 凯, Email: cqfyk@yahoo.com.cn.



图 3 ALT 皮瓣 (断蒂前)

Fig.3 ALT flap (before pedicle division)



黑色箭头为修复皮瓣

图 4 皮瓣修复术后 2 周

Fig.4 Appearance at 2 weeks after flap prothesis

3 讨论

口腔颌面部恶性肿瘤根治术后往往会留下不同程度的组织缺损,严重影响患者的生存质量。因此,选择合适的皮瓣对术后缺损的同期修复重建显得非常重要。以往常采用的修复方法有带蒂胸大肌皮瓣和游离前臂皮瓣。但胸大肌皮瓣厚,用于口腔颌面部缺损修复常常臃肿,同时会影响乳房外观形态,特别是女性患者常不能接受;而前臂皮瓣需要在供区再次进行移植皮片修复,在前臂也常常留下明显的疤痕。本组有 23 例用 ALT 皮瓣修复口腔颌面部恶性肿瘤根治术后组织缺损的患者,皮瓣成活 22 例,22 例成活皮瓣患者的面部外形、进食和语言功能均满意,所有患者大腿供区无明显畸形,下肢运动功能未受明显影响。

ALT 皮瓣最先用于四肢和躯干烧伤整形修复^[2]。近年来 ALT 皮瓣又在修复口腔颌面部软组织缺损方面显示出独特的优势^[3]。ALT 皮瓣与过去在颌面部缺损修复中常规使用的皮瓣相比具有以下优点:(1)血管蒂较长,约 10~14 cm,可以根据情况吻合在同侧或对侧颈部血管,且血管口径与颈部受区血管管径相近,有利于血管吻合;(2)供区比较隐蔽,如皮瓣宽度小于 8 cm,切取皮瓣后创面可直接拉拢缝合,不需要植皮,这是前臂皮瓣所无法比拟的优点^[4];(3)可双组同时手术,不需要改变体位,节省了手术时间;(4)皮瓣设计灵活。可以根据需要制成筋膜皮瓣、肌皮瓣、嵌合(分叶)皮瓣、薄型和超薄型皮瓣^[5],还可以携带股外侧皮神经制成有感觉皮瓣;(5)以 ALT 皮瓣为基础还可联合临近区域或远处其他皮瓣制成

复合瓣。

笔者对 ALT 皮瓣在口腔颌面部肿瘤术后组织缺损同期修复的体会是:(1)ALT 区域皮肤的血供为多源性血供,旋股外侧动脉的升支、横支、降支及股动脉均可发出皮动脉穿支供应 ALT 皮肤,因此,该区域穿支血管数目、位置存在一定的变异^[6],在未找到适合的皮动脉穿支时,不要轻易放弃,应延长切口,扩大探查范围。本组 23 例中有 6 例是通过延长切口找到了适合的皮动脉穿支;(2)虽然旋股外侧动脉降支常是皮瓣的血管蒂,但仍应在找到皮动脉穿支后逆行追踪来源动脉,避免盲目切取降支作为血管蒂。本组 23 例均是找到皮动脉穿支后逆行追踪来源动脉制备血管蒂,证明该方法是可靠的方法;(3)血管危象是 ALT 皮瓣失败主要原因之一,其中静脉危象占绝大多数。本组皮瓣术后发生的 2 例血管危象均为静脉危象,2 例及时手术探查均发现为静脉吻合口栓塞,清除吻合口血栓后重新吻合静脉,皮瓣得以成活。本组另 1 例术后皮瓣坏死,其原因也是发生静脉吻合口栓塞,虽抢救清除吻合口血栓,重新吻合静脉,但最终皮瓣坏死。因此,如术后发生静脉危象,应及时进行手术探查,可提高成活率。同时术中吻合 2 根静脉能明显降低静脉危象的发生几率^[7]。

ALT 皮瓣组织量丰富,厚薄适中,皮瓣制备大小灵活,对供区、受区影响均较小,是修复口腔颌面部肿瘤切除术后组织缺损的理想皮瓣,尤其在修复软组织缺损方面具有巨大优势。它正在成为口腔颌面部缺损修复的主要游离皮瓣,应该在临床工作积极推广。

参 考 文 献

- [1] Gedebo TM, Wei FC, Lin CH. Clinical experience of 1284 free anterolateral thigh flaps[J]. Handchir Mikrochir Plast Chir, 2002, 34(4): 239-244.
- [2] Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery[J]. Br J Plast Surg, 1984, 37(2): 149-159.
- [3] Bussu F, Salgarello M, Adesi L B, et al. Oral cavity defect reconstruction using anterolateral thigh free flaps[J]. B-ENT, 2011, 7(1): 19-25.
- [4] Liu WW, Li H, Guo ZM, et al. Reconstruction of soft-tissue defects of the head and neck: radial forearm flap or anterolateral thigh flap? [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2011, 268(12): 1809-1812.
- [5] Moiyadi AV, Ghazwan QA, Pai PS, et al. Free anterolateral thigh flap for reconstruction of complex craniofacial defects after resection of tumors of the fronto-orbitomaxillary complex[J]. J Craniofac Surg, 2012, 23(3): 836-841.
- [6] Chen HH, Lin MS, Chou EK, et al. Anterolateral thigh perforator flap: varying perforator anatomy[J]. Ann Plast Surg, 2009, 63(2): 153-155.
- [7] 毛 驰, 俞光岩, 彭 歆, 等. 头颈部游离组织瓣移植术后的血管危象及其处理[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(6): 415-418.

(责任编辑:唐秋姝)